

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE MEDICINA

BIANCA RAPHAELLY PEREIRA ALVES

CUIDANDO DAS QUEIXAS CLÍNICAS ASSOCIADAS AOS SINTOMAS DE VOZ
DO PROFESSOR

MACEIÓ

2021

BIANCA RAPHAELLY PEREIRA ALVES

CUIDANDO DAS QUEIXAS CLÍNICAS ASSOCIADAS AOS SINTOMAS DE VOZ
DO PROFESSOR

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a coordenação do curso de
Medicina da Universidade Federal de
Alagoas

Orientador: Therezita Peixoto Patury
Galvão Castro

MACEIÓ

2021

THEREZITA PEIXOTO PATURY GALVÃO CASTRO

CUIDANDO DA VOZ E DA SAÚDE DO PROFESSOR



TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

É proibida a reprodução, total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos do autor (Lei 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Autor: Therezita Peixoto Patury Galvão Castro
Capa e Diagramação: Gráfica e Editora Mascarenhas
1ª Edição: Janeiro de 2020

Ficha catalográfica elaborada por Annelise Pimentel Cavalcante, Bibliotecária, CRB-4/2037 e Marta Maria Pimentel Cavalcante, Bibliotecária, CRB-4/2038, com os dados fornecidos pelo autor.

C355c Castro, Therezita Peixoto Patury Galvão.

Cuidado da Voz e da Saúde do Professor / Therezita Peixoto Patury Galvão Castro. – Maceió: Mascarenhas, 2020.

70p.

ISBN: 978-85-69485-18-6

1. Professor. 2. Saúde. 3. Voz Humana 4. Síndrome de Bourneau. I. Título.

CDU 612.78+613:371.1

Cuidando das queixas clínicas associadas aos sintomas de voz do professor

*Therezita Peixoto Patury Galvão Castro
Bianca Raphaelly Pereira Alves*

Com seus 209,3 milhões de habitantes (IBGE, 2018), o Brasil é um país de proporções demográficas imensas, e isso não é diferente quando se trata do número de professores, estimado em aproximadamente 2,5 milhões (INEP, 2018). Diante dessa quantia, a problemática das condições de trabalho e seus efeitos sobre a saúde dos docentes é um aspecto que merece ser analisado, enfatizando-se as patologias que mais afetam o seu bem-estar.

É notório que as circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir os objetivos da produção escolar podem gerar sobreesforço ou hipersolicitação de suas funções psicofisiológicas (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). Em consequência disso, os sintomas clínicos são precipitados e culminam nos altos índices de afastamento por questões de saúde.

Por ser o principal instrumento de trabalho dos docentes, a voz é um fator de análise que deve ser considerado, pois o desenvolvimento de distúrbios tem levado a situações de absenteísmo e incapacidade para o desempenho de suas funções, implicando em custos financeiros e sociais (WILLIAMS, 2003). Isto posto, o conhecimento dos principais fatores de risco associados às queixas vocais dos professores tem significativa importância para o desenvolvimento de ações que visem a minimizar esta problemática.

Diversos estudos têm mostrado que as principais patologias associadas aos distúrbios vocais são o refluxo gastroesofágico e os problemas respiratórios, como rinite alérgica e rinofaringite (resfriado comum). Confirmando este fato, uma investigação realizada com 506 indivíduos, entre professores e não-professores da cidade de São Paulo, comparou a prevalência de distúrbios respiratórios entre os dois grupos, obtendo como conclusão a maior probabilidade que os docentes têm de vivenciar episódios alérgicos (BEHLAU *et al.*, 2012). Outro estudo mostrou que o sintoma de gosto ácido na boca tem prevalência de 54,5% dentre os professores estudados, podendo indicar a presença de refluxo gastroesofágico; além disso, foi estabelecida a relação desse sintoma com a presença de alterações emocionais nos docentes (DA COSTA *et al.*, 2012).

Levando isso em consideração, ações de promoção e prevenção à saúde estruturadas de modo a mudar hábitos e aprimorar mecanismos (LUCHESE; MOURÃO; KITANIURA, 2010) sobre os principais aspectos das doenças acima citadas mostram-se um importante instrumento na busca do bem-estar deste profissional. Assim, a seguir serão descritos conceitos e informações essenciais sobre refluxo gastroesofágico, rinite alérgica e rinofaringite, visando à disseminação desse conhecimento na comunidade docente.

Rinite Alérgica

A rinite, de maneira geral, pode ser definida como a inflamação da mucosa de revestimento nasal, caracterizada pela presença de um ou mais dos seguintes sintomas: congestão nasal, rinorreia, espirros, prurido e hiposmia (FUKUDA, 2003). Geralmente, ocorre durante dois ou mais dias consecutivos, por mais de uma hora na maioria dos dias (INTERNATIONAL CONSENSUS REPORT ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF RHINITIS, 1994).

Dando ênfase à rinite alérgica, que é a forma mais comum de rinite, sendo induzida por inalação de alérgeno em

indivíduos sensibilizados. A prevalência de rinite alérgica vem aumentando nos últimos tempos e esse aumento deve-se, em especial, à maior exposição ambiental, às mudanças de estilo de vida com maior permanência em ambientes fechados, à contribuição de fatores infecciosos e aos fatores socioeconômicos envolvidos (FUKUDA, 2003).

Durante as crises, predominam a obstrução nasal, crises de espirros em salva, coriza de aspecto aquoso, prurido nasal e faríngeo e, algumas vezes, sintomas oculares, como lacrimejamento, eritema e prurido, podendo ocorrer ainda cefaleia, fadiga e mal-estar (FUKUDA, 2003).

A rinite alérgica pode estar associada a outras manifestações alérgicas, como asma brônquica, dermatite e conjuntivite, além de ser condição predisponente ao aparecimento de infecções secundárias do nariz e de seios paranasais (rinossinusite) (ASBAI; ABORL-CCF, 2018).

Dentre os fatores desencadeantes destacam-se os chamados aeroalérgenos, que são elementos que podem facilmente se tornar dispersos no ar e penetrar a mucosa nasal. Os de maior importância clínica são os ácaros de poeira, de baratas, de fungos, pelos de animais, pólenes, poeira de madeira etc. (ASBAI; ABORL-CCF, 2018). Além disso, irritantes da mucosa respiratória atuam como desencadeantes, cabendo citar as mudanças bruscas de clima, inalação de odores fortes, fumaça de cigarro, ar-condicionado e produtos de limpeza (RUBINI *et al.*, 2017).

O diagnóstico é basicamente através de anamnese detalhada e exame físico das cavidades nasais, que mostra uma mucosa pálida ou levemente arroxeadada, recoberta de secreção aquosa ou mucosa e hiperplasia das conchas nasais em diferentes graus. Quando os sintomas são extremamente debilitantes, a procura pelo alérgeno ou pelo fator desencadeante pode ser útil, mediante testes cutâneos ou sorológicos (FUKUDA, 2003).

O tratamento consiste na adoção de medidas

ambientais que visem manter o ambiente livre do alérgeno e na prescrição de medicamentos específicos. Os cuidados com o meio ambiente incluem: quarto de dormir bem ventilado e ensolarado, roupas de cama devem ser trocadas ao menos duas vezes por mês, evitar tapetes e cortinas em casa, evitar bichos de pelúcia, estantes de livros e afins no quarto de dormir, reduzir a umidade no ambiente domiciliar, evitar animais de pelo, especialmente no quarto e na cama do paciente, e dar preferência aos ambientes abertos (RUBINI *et al.*, 2017).

Para o tratamento medicamentoso, são indicados os anti-histamínicos, que aliviam os sintomas agudos da rinite alérgica, como prurido nasal, espirros, a rinorreia e os sintomas oculares associados, sendo indicados atualmente os anti-histamínicos de segunda geração, que possui menos efeitos adversos que os de primeira geração (sedação, retardo psicomotor etc.). Pode-se citar como exemplos desses fármacos a loratadina (1 comprimido de 10mg por dia) e a cetirizina (1 comprimido de 10mg por dia) (ASBAI; ABORL-CCF, 2018).

Os corticoides tópicos nasais são o medicamento de escolha para o tratamento das rinites, pois cessam a inflamação presente na mucosa nasal. Os corticoides melhoram todos os sintomas da rinite alérgica, mas o alívio ocorre após uma ou duas semanas. Seu uso leva à melhora na qualidade de vida, na qualidade do sono e na concentração diurna. O tempo de utilização vai depender da resposta clínica ao medicamento, sendo recomendado o uso para o controle dos sintomas, devendo-se usar previamente a lavagem nasal com soro fisiológico a 0.9% e, em seguida, aplicar o corticoide nasal. Os principais fármacos são a beclometasona (50 e 100mcg/jato, 1 jato em cada narina/dia), budesonida (50mcg/jato, 1 jato em cada narina/dia) e a fluticasona (50mcg/jato, 1 jato em cada narina/dia) (ASBAI; ABORL-CCF, 2018).

Rinofaringite Viral

O resfriado comum, também denominado como rinofaringite, apresenta sintomas inespecíficos que estão presentes na fase inicial de muitas doenças que acometem a via aérea superior (FUKUDA, 2003), por isso o estabelecimento do diagnóstico diferencial mostra-se importante na prevenção de complicações.

Causado exclusivamente por vírus, sendo os mais frequentes o rinovírus, adenovírus, influenza e vírus sincicial respiratório, que possuem grande número de tipos sorológicos, e por isso os indivíduos permanecem suscetíveis a essas infecções por toda a vida. A transmissão se dá através de gotículas produzidas pela tosse e espirros ou pelo contato de mãos contaminadas com a via aérea de indivíduos sadios. O contágio é significativo em locais fechados, como domicílios, creches e escolas, e o início dos sintomas se dá em até dois dias após o contato (PITREZ; PITREZ, 2003).

Cefaleia, obstrução nasal, coriza aquosa, espirros e rouquidão, acompanhados de mal-estar, são os sintomas mais frequentes. O exame da cavidade nasal mostra uma mucosa avermelhada, edemaciada, com intensa rinorreia aquosa (FUKUDA, 2003). Além disso, a rinofaringite pode iniciar-se com dor de garganta, tosse seca e febre de intensidade variável (PITREZ; PITREZ, 2003).

As complicações mais frequentes são as bacterianas, devendo-se estar atento para a mudança de cor da secreção nasal (de aquosa passa para amarelada); além disso, a persistência da febre além de 72 horas e prostração mais acentuada podem indicar um quadro complicado. As complicações bacterianas mais frequentes são a otite média aguda e a sinusite (PITREZ; PITREZ, 2003).

Não existe um tratamento específico para a rinofaringite, porém, medidas de suporte são válidas para o alívio dos sintomas, tais como: repouso, hidratação e dieta, higiene e desobstrução nasal com instilação de solução salina

isotônica nas narinas, o soro fisiológico nasal a 0.9%, o uso de paracetamol ou ibuprofeno para a febre e descongestionante nasal ou oral de 3 a 4 dias, quando as medidas higiênicas das narinas não forem suficientes (PITREZ; PITREZ, 2003).

É recomendável não fazer esforço físico, evitar bebidas geladas e alimentos ácidos. Outra medida é utilizando 2.5ml (uma colher de café) de bicarbonato de sódio e do fitoterápico santivo solução e ½ copo d'água para gargarejar 1 x ao dia por 4 a 5 dias. Dentre as medidas preventivas, a lavagem frequente das mãos, evitar o contato com pacientes mais vulneráveis e vacinas para o vírus da influenza, mostram-se como as mais eficazes.

Doença do Refluxo Gastroesofágico

O refluxo gastroesofágico se define como o deslocamento, sem esforço, do conteúdo gástrico do estômago para o esôfago. Ocorre em todas as pessoas, várias vezes ao dia, particularmente após as refeições e, desde que não haja sintomas ou sinais de lesão, pode ser considerado um processo fisiológico. No entanto, quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomas, é definido como Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), afetando o bem-estar do paciente e/ou causando complicações (DANI; PASSOS, 2011).

A DRGE é a doença crônica mais comum do trato digestivo alto, causando um impacto socioeconômico significativo, reflexo dos elevados custos diretos (consultas, exames complementares e medidas terapêuticas) e indiretos (absenteísmo e perda de produtividade laboral), aos quais se acrescem a franca diminuição da qualidade de vida. (SPG, 2012).

Os sintomas da DRGE podem ser divididos em três grupos: típicos, atípicos e extraesofágicos. Os sintomas típicos são pirose (sensação de queimação retroesternal,

ascendente em direção ao pescoço) e regurgitação (retorno de conteúdo gástrico, ácido ou amargo, até faringe), sendo mais frequentes após as refeições ou quando se está em decúbito supino ou em decúbito lateral direito. O sintoma atípico mais comum é a dor torácica, que pode ser indistinguível da dor de origem cardíaca. Os sintomas extraesofágicos se subdividem em manifestações pulmonares (tosse crônica, bronquite, aspiração recorrente etc.) e otorrinolaringológicas (rouquidão, roncos, pigarro, alterações de cordas vocais, laringite crônica). Com a apresentação desses sintomas, faz-se necessária a confirmação da existência de DRGE por exames complementares, pois essa sintomatologia pode ter outra origem (DANI; PASSOS, 2011).

O diagnóstico da DRGE pode se basear apenas na existência de sintomatologia típica, dispensando a confirmação endoscópica. Os exames diagnósticos são utilizados em duas situações: identificação de complicações e avaliação de doentes em quem a terapêutica falhou. Os dois exames mais indicados são a endoscopia digestiva alta, que permite classificar as lesões existentes e tem valor prognóstico e terapêutico, e a pHmetria de 24 horas, que proporciona o diagnóstico da DRGE por demonstrar a presença de refluxo ácido gastroesofágico anormal (SPG, 2012).

A abordagem terapêutica deverá ser orientada conforme a gravidade da doença. Ela se divide em modificações do estilo de vida e medidas farmacológicas. As medidas higienodietéticas mais importantes são: refeições pouco volumosas, com alto conteúdo de proteínas e baixo de gorduras, evitar ingestão de alimentos nas três horas precedentes ao horário de deitar, evitar ingestão de chocolates, sucos cítricos, café, comidas apimentadas e bebidas alcoólicas. A elevação da cabeceira da cama de 10 a 15cm mostra-se eficaz para os sintomas noturnos; além disso, a perda de peso deve ser estimulada. O principal medicamento

utilizado para a DRGE é o IBP ou -prazol, capaz de aliviar os sintomas mais rapidamente e cicatrizar as lesões na maior parte dos pacientes. Os exemplos dessas drogas são omeprazol (20mg), pantoprazol (40mg) e lansoprazol (30mg), usualmente administrados uma vez ao dia, em jejum, ou 2 x ao dia, em jejum e antes do jantar, quando é adotada uma terapia inicial de 20 a 30 dias, para obter o controle sintomático, seguida de redução da dose (DANI; PASSOS, 2011).

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA (ASBAI); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL (ABORL-CCF). III Consenso Brasileiro sobre Rinites. 2018. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, São Paulo v. 75, p. 29-59, jan./fev. 2018.

BEHLAU, Mara et al. Epidemiology of Voice Disorders in Teachers and Nonteachers in Brazil: Prevalence and Adverse Effects. Journal of Voice, Philadelphia, v. 26, n. 5, p. 665.e9-665.e18, out. 2012.

DA COSTA, Denise Batista et al. Fatores de risco e emocionais na voz de professores com e sem queixas vocais. Revista Cefac, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 1001-1010, jul./ago. 2012.

DANI, Renato; PASSOS, Maria do Carmo Friche. Gastroenterologia Essencial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FUKUDA, Yokada. Guia de Otorrinolaringologia: guia de medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri: Manole, 2003.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31,

n. 2, p. 189-199, mai./ago, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativa da população brasileira 2018. Rio de Janeiro, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS E APLICADAS (INEP). Censo escolar 2017. Brasília: MEC, 2018.

INTERNATIONAL CONSENSUS REPORT ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF RHINITIS. International Rhinitis Management Working Group, Allergy, 49:1-34, 1994.

LUCHESI, Karen Fontes; MOURÃO, Lúcia Figueiredo; KITANIURA, Satoshi. Ações de promoção e prevenção à saúde vocal de professores: uma questão de saúde coletiva. Revista Cefac, Belo Horizonte, v. 12, n. 6, p. 945-953, nov./dez. 2010.

PITREZ, Paulo; PITREZ, José. Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 77-86, 2003.

RUBINI, Norma de Paula M. et al. Guia prático sobre controle ambiental para pacientes com rinite alérgica. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7-22.

WILLIAMS, Nolan R. Occupational groups at risk of voice disorders: a review of the literature. Occupational Medicine, London, v. 53, n. 7, p. 456-460, out. 2003.